

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE N° 309

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean COETMEUR

Né le 26 Mars 1923, à Croixanvec (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 19 avril 1951.

LES FORMES ÉVOLUTIVES DES NÆVI MÉLANIQUES

TRAVAIL EFFECTUÉ A LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jean COETMEUR

Né le 26 Mars 1923, à Croixanvec (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 19 avril 1951.

LES FORMES ÉVOLUTIVES
DES NÆVI MÉLANIQUES

TRAVAIL EFFECTUÉ A LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

DOYENS HONORAIRES

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX (R.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	OLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu BROCCQ (P.)
	Saint-Antoine CADENAT (F.)
	Salpêtrière MONDOR (H.)
	Cochin QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BENARD (H.)
	Bichat LAROCHE (G.)
	Cochin HARVIER (P.)
	Pitié LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (I.)
Cliniques obstétricales	Tarnier LANTUEJOUL (P.)
	Baudelocque LEVY-SOLAL (E.)
	Port-Royal PORTES (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes mentales (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine de Travail	DESOILLE (H.)

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale . .	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	CORDIER (J.-C.) Pr. s. ch.	Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.) LAURENCE (G.) LEGER (L.)
	DEBEYRE (J.)		OLIVIER (Cl.)
	DELMAS (A.)		PADOVANI (P.)
Anatomie pathologique	Mlle GAUTHIER- VILLARS (P.) Pr. s. ch.	Pathologie expérimentale	POILLEUX (M.) ROUX (M.) RUDLER (J.-C.)
	BUSSER (F.)		VERNE (J.-M.)
	FASQUELLE (R.)	Pathologie médicale	MERKLEN (P.) BERNARD (J.) BOUDIN (G.)
Bactériologie	NEVOT (A.)		CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DECOURT (J.)
			DOMART (A.)
		Pathologie médicale	DREYFUS (Gilbert) FAUVERT (R.) HAMBURGER (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) ETTORI (J.) Pr. s. ch.		KOURILSKY (R.) LAMY (M.) MAURIC (G.)
	JAYLE (M.-F.) Pr. s. ch.		MILLIEZ (P.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.)
	SCHAPIRA (G.)		THIEFFRY (St.) TURIAF (J.)
Dermato- syphillographie	DEGOS (R.) BULLIARD (H.) Pr. s. ch.	Pédiatrie	LAPLANE (R.) MARIE (J.) LEVY (Mlle J.)
	COUJARD (R.)		CHEYMOL (J.-H.)
	DESCLAUX (P.)	Pharmacologie	BARGETON (D.) PARROT (J.-L.) DOGNON (A.)
Hydrologie	DEBRAY (C.) BOYER (J.) DEPARIS (M.)		DJOURNO (A.) GOUGEROT (L.)
	DEROBERT (L.) GAULTIER (J.)	Physiologie	BARUK (H.)
Médecine légale			
		Physique médicale	
Neurochirurgie	N...	Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
	SEZE (S. de)		CHAPUT (Mme A.)
	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.)	Stomatologie	BROUET (G.) Chargé d'ensembl.
Obstétrique	MERGER (R.) RAVINA (J.) VARANGOT (J.)		
	OFFRET (G.) DESVIGNES (P.) HALPHEN (E.)	Urologie	KUSS (R.)
	HALPHEN (E.) Pr. s. ch.		
Ophtalmologie	MADURO (R.) BRUMPT (L.)		
Parasitologie			
Parasitologie coloniale ff	CHABAUD		
	ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.)		
Pathologie chirurgicale			

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (A.) (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*),
GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (V.) (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE (A.)	Clinique médicale . . .	MARCHAL (G.)
	FUNCK- BRENTANO (P.)		MOUQUIN (M.)
	MENEGAUX (G.)	Clinique obstétricale . .	SOULIE (E.)
	PATEL (J.)		DIGONNET (L.)
	SICARD (A.)		ECALLE (G.)
Clinique médicale . . .	BOULIN (R.)	Clinique ophtalmologique	LACOMME (M.)
	BROUET (G.)		SUREAU (M.)
	CACHERA (R.)	Clinique O.R.L.	RENARD (G.)
	DELARUE (A.)		AUBIN (A.)
	GARCLIN (J.)	Clinique urologique . . .	COUVELAIRE (R.)
	HAGUENAU (M.)		
	LENEGRE (J.)		

MM.

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)

Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef . Docteur HAHN (A.).

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

*Dont la tendresse et l'inlassable
dévouement m'ont constamment
soutenu au cours de mes études.*

A MES FRERES

En toute affection.

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En remerciement du grand hon-
neur qu'il m'a fait en acceptant la
présidence de cette thèse et en
témoignage de gratitude pour l'en-
seignement qu'il m'a dispensé au
cours de ma quatrième année d'étu-
des et particulièrement au long de
mes études spéciales de dermato-
logie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEGOS

*En témoignage de gratitude
pour son brillant enseignement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

A MES MAÎTRES
DE L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIEDELIEVRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEROBERT

A TOUS MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MEYER

*Pour l'aide précieuse qu'il nous
a apportée après nous avoir ins-
piré le sujet de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALEXANDRE CARTEAUD

*Il a dirigé mes premiers pas
dans la discipline dermatologique
et m'a aidé dans l'élaboration de
ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPERRAT
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Témoignage de reconnaissance.

INTRODUCTION

On sait depuis longtemps que les nævi sont loin d'être strictement congénitaux et immuables. Ils peuvent apparaître après la naissance, à la puberté, à l'âge adulte ou plus tard encore.

Les embryologistes nous apprennent que l'induction qui commande le développement des groupes cellulaires chargés de construire un organe en totalité ou en partie, se fait par vagues successives.

Un de ces vagues peut fort bien se produire à la puberté ou à la fin de la vie sexuelle.

Une telle conception permet d'étendre aisément les délais d'apparition des nævi.

De toute façon leur origine demeure obscure. Alors que DARIER les considère comme des malformations embryonnaires, de nombreux auteurs en ont une conception différente. Depuis de nombreuses années, les observateurs ont noté l'apparition tardive de certains nævi, la possibilité de leur accroissement, voire de leur disparition spontanée; de leur récurrence après ablation, récurrence restant bénigne, et surtout de *leur transformation*.

Une simple malformation devrait logiquement demeurer immuablement fixe. On peut donc admettre qu'il existe des « *graines* » ou « *germes de nævi* » faits d'amas cellulaires næviques latents pouvant à tout moment et à l'occasion de causes diverses, devenir des nævi visibles à l'œil nu.

Ainsi naît la conception des nævi chère au Professeur GOUGEROT : néoplasies bénignes, d'origine congénitale, fixées ou susceptibles d'évolution.

Dans la foule des nævi qui peuvent d'ailleurs se combiner diversement, il était difficile de faire un classement logique.

On s'accorde néanmoins à en reconnaître six formes :

- 1) Nævi adénomateux et kystiques;
- 2) « vasculaires;
- 3) « molluscum;
- 4) « pileux;
- 5) « hyperkératosiques;
- 6) « *pigmentaires ou mélaniques.*

C'est ce sixième groupe qui va retenir spécialement notre attention.

LES NÆVI PIGMENTAIRES REVÊTENT EUX-MÊMES LES ASPECTS LES PLUS VARIÉS

Classiquement on distingue :

a) *Les taches hépatiques* (que l'on peut voir dans la neuro-gliomatose de RECKLINGHAUSEN), rondes ou ovalaires et dont le pigment est seulement augmenté dans la germinative.

b) *Les éphélides* ou taches de rousseur seulement « révélées » par le soleil. Le pigment y est également augmenté dans la germinative.

c) *Le lentigo ou les lentigines* : taches brunes, noires ou bleues, elles ont l'étendue d'une lentille environ.

Elles peuvent siéger en un point quelconque de la surface du tégument, surtout fréquentes à la face, au cou, sur les épaules.

On les appelle « grains de beauté ».

Lorsqu'elles sont planes, purement pigmentaires, elles ont droit à l'appellation de *Nævi spili*.

Mais il n'est pas rare qu'un lentigo soit perceptible au toucher et un peu saillant.

Si elles sont planes, le pigment est seulement épidermique; saillantes, on trouve des cellules pigmentaires et næviques à la fois dans l'épiderme et dans le derme.

Lorsque les lentigines sont abondantes, constellant la peau, on parle de *lentiginose profuse*.

d) *Le lentigo malin* ou infective melanotic freckles d'HUTCHINSON ou encore mélanose circonscrite précancéreuse de DUBREUILH.

Tache pigmentaire parfois plane, parfois infiltrée et mamelonnée, si elle apparaît de préférence chez le vieillard et au visage, il faut ajouter qu'elle peut apparaître n'importe où ou à n'importe quel âge.

Son extension est lente. Il peut y avoir des rémissions, voire des disparitions.

Le plus souvent néanmoins, elle s'accroît et donnera naissance à un nævo-carcinome.

L'histologie de ce lentigo étalé, menaçant, révèle la présence de pigment dans le derme et l'épiderme, des anomalies nombreuses dans les cellules basales, ainsi que la présence de cellules næviques accumulées çà et là, mais surtout et même précocement une réaction inflammatoire dans le derme qui annonce le nævo-carcinome imminent.

e) *Les nævi bleus* ou taches d'un bleu ardoisé, ont leur pigment au niveau du chorion.

f) *Les nævi achromiques*. Il s'agit ici de nævi dépigmentés, non mélaniques en apparence.

Dans la *maladie de SUTTON*, un disque achromique apparaît autour d'un nævus, verrue molle ou lentigo.

On connaît des cas de nævi achromiques à disposition linéaire.

Contrairement aux nævi anémiques, les nævi achromiques ne disparaissent pas par la vitropression.

g) *Les verrues molles ou nævi cellulaires*.

Elevures du volume d'un grain de chènevis, quelquefois étranglées à leur base.

La surface est lisse ou granitée, parfois pileuse. Leur couleur varie également, rosée ou jaunâtre, bistrée ou fortement pigmentée.

Elles apparaissent dans l'enfance, s'accroissent aux approches de la vieillesse.

Fréquentes au visage, au cou, au thorax, au pourtour des organes génitaux externes.

Leur intérêt principal vient de leur transformation maligne possible si elles sont soumises à des irritations répétées, surtout des cautérisations malencontreuses.

L'histologie révèle la présence dans le derme de cellules nœviques, cellules globuleuses ou polyédriques à gros noyau, à protoplasme abondant, isolées ou disposées en nids, colonnes ou boyaux (thèques de UNNA).

UNNA les fait provenir des couches inférieures du corps muqueux — basale et appareil pigmentaire — par un goutte à goutte, ou étranglement ou bourgeonnement (Abtropfung) des prolongements interpapillaires. Pour MASSON, ces cellules *résultent de la prolifération à la fois des neurites et de la névroglie périphérique*, véritables « névromes terminaux des nerfs tactiles ».

h) Enfin les nævi pileux (Nævi pilosi).

Ici, en plus du nævus pigmentaire, il y a développement exagéré de poils, de leurs follicules, de leurs glandes sébacées.

On peut également y rencontrer des comédons géants, kystes sébacés ou petits kystes cornés.

Mais tous ces nævi n'offrent pas le même intérêt : nous retiendrons surtout :

1° *Les surcharges pigmentaires* de nævi verruqueux ou cellulaires.

2° *Les vrais nævi*, ceux qui renferment des thèques de UNNA.

Beaucoup sont complexes, verruqueux et pilaires à la fois dans certains cas.

Beaucoup sont épais, palpables, kératosiques.

D'autres enfin sont plans.

De plus, l'on peut rencontrer toutes les formes intermédiaires entre le banal « grain de beauté » et les verrues molles ou *nævi cellulaires*.

3° Enfin les *nævi non colorés*, non mélaniques en apparence mais mélaniques à l'examen histologique (non melanotic melanomas des Anglais).

LA NATURE DES CELLULES D'ORIGINE DU MÉLANOME?

Elle a fait l'objet de nombreuses controverses ! Classiquement, on admet qu'une partie d'entre elles sont strictement de caractère épithélial, tandis que les autres proviendraient du mésoblaste. Pour Bruno BLOCH, l'embryologie donnait la solution du problème : une partie de l'appareil pigmentaire appartient à l'épiderme, l'autre au derme. La première sera le point de départ des formes épithéliomateuses, l'autre des formes sarcomateuses, d'où respectivement des mélanocarcinomes et des mélanosarcomes. Quoique distincts et quoique juxtaposés parfois dans une même tumeur, ces deux aspects ont toujours un terme commun : ils dérivent l'un et l'autre d'un nævus pigmentaire. D'où le terme de nævo-cancer proposé par MASSON pour désigner le cancer pigmentaire.

Le même auteur a, de plus, démontré que si la nature véritable des cellules næviques ou cellules de UNNA-DARIER restait inconnue, on pouvait par contre localiser leur origine dans les terminaisons nerveuses périphériques.

C'est la thèse qui rallie actuellement le plus grand nombre d'auteurs.

Ainsi donc les mélanomes dérivent du système nerveux périphérique et ont une origine neuro-ectodermique. Nævi mélaniques et mélanomes peuvent prendre naissance dans le chorion, dans d'autres cas, dans l'épi-

derme apparemment alors en étroite relation avec les cellules neuro-épithéliales de MERCKEL-RANVIER.

La différenciation, écrit Georges PACK, serait anatomique et fonctionnelle. Le mélanoblaste aurait le pouvoir de solliciter la tyrosine du courant sanguin pour élaborer un complexe chimique secondairement transformé en pigment visible, grâce aux activités enzymatiques du cytoplasme.

Eventuellement, les cellules d'un mélanome pourraient être douées d'une capacité reproductrice telle ou pour ainsi dire distrairaient une quantité d'énergie si grande uniquement en faveur de la division cellulaire, que le pigment ne se formerait pas : de semblables tumeurs seraient ainsi non pigmentées.

Rappelons à ce sujet que la substance mélanigène présente dans le cytoplasme, peut être reconnue par la réaction à la dioxyphénylalanine ou doparéaction de B. BLOCH.

Anatomiquement enfin, nævi et mélanomes peuvent présenter de curieux aspects histologiques simulant par l'assemblage cellulaire, des terminaisons nerveuses périphériques comme les corpuscules sous-épidermiques de MEISSNER. A signaler que de telles images sont rares dans les nævo-carcinomes.

FRÉQUENCE DES NÆVI MÉLANIQUES ET DES MÉLANOMES

La fréquence des nævi est énorme.

Les sujets qui n'en portent pas sont l'exception. Rien n'est d'ailleurs plus évident que le caractère héréditaire de la disposition aux nævi ; dans certaines familles, ils sont d'une abondance remarquable.

Ainsi a-t-on pu parler de *terrain nævique*, que l'on peut considérer désormais comme entrant dans le cadre des génodermatoses.

En ce qui concerne les nævi pigmentaires, il semble qu'ils soient plus rares chez les hommes de couleur et particulièrement chez les Noirs et les Mongols (1). Chez les Noirs, dit Georges PACK, les mélanomes siègent volontiers :

- à la plante du pied,
- au lit de l'ongle,
- et sur la muqueuse buccale,

régions qui ne sont pas habituellement intensément pigmentées. Les mélanomes semblent plus fréquents chez les blonds à peau pâle et chez les individus au teint roux qui ne « bronzent » pas ou du moins très peu après exposition au soleil — alors que ces mêmes sujets font aisément des éphélides.

(1) Georges PACK, in : *Biology of Melanomas* (New-York, 1948).

Semblables sujets paraissent opposer une moindre résistance à la croissance des cellules pigmentées tumorales.

Après avoir noté la fréquence et la répartition des nævi pigmentés chez des étudiants depuis quelques années, PACK estime que *la moyenne individuelle est approximativement de vingt nævi pigmentés visibles chez l'adulte.*

Certaines personnes en ont plus d'une centaine, alors que d'autres n'en présentent que deux ou trois.

On peut conclure avec *l'auteur que chaque individu de race blanche est porteur d'un nævus pigmentaire (ou davantage) sur le corps et est donc susceptible de présenter un jour un mélanome malin.*

Soulignons d'ailleurs qu'il est absolument impossible à l'heure actuelle d'avancer un pourcentage émanant de statistiques, qui réglerait la fréquence avec laquelle les nævi pigmentaires subissent la dégénérescence maligne.



La distribution régionale des nævi pigmentaires et des mélanomes n'est pas exactement la même. Selon PACK, alors que les deux tumeurs surviennent avec une fréquence considérable, sur le visage et le cou, et avec une égale fréquence sur la peau du tronc, les nævi pigmentaires ne se rencontrent pas communément sur les pieds et les régions génitales.

D'autre part, la proportion des mélanomes frappant ces mêmes régions est relativement élevée.

La conclusion logique de tels faits serait qu'un nævus survenant sur les pieds ou les régions génitales serait particulièrement dangereux et peut être plus propre à subir la dégénérescence maligne que la même tumeur située sur une autre partie du corps.

MODALITÉS ÉVOLUTIVES DES NÆVI MÉLANIQUES

Les modalités évolutives des nævi mélaniques sont nombreuses et variées.

La notion de congénitalité n'est plus prise dans un sens absolu. Certains nævi apparaissent tardivement et leur déclenchement s'opère parfois sans cause apparente ou connue.

D'autres fois, des traumatismes viennent les extérioriser (blessures de guerre, froidure, insolation) (1).

GOUGEROT, BARTHÉLEMY et ARNAUDET ont également rapporté (Société de Dermatologie, décembre 1929) un cas de nævus pigmentaire et pileux d'apparition tardive post-traumatique chez un livreur de charbon (traumas professionnel d'un porteur sur l'épaule).

Des infections : typhoïdes, grippe, diphtérie, tuberculose ont été citées comme causes déclenchantes (2).

C'est toujours entre quinze et trente jours après l'infection que naît le nævus.

Avec le Docteur CARTEAUD, nous avons observé un cas de nævus pigmentaire plan labial, consécutif à un bouquet d'herpès ayant évolué et cicatrisé trente jours auparavant.

(1). H. GOUREROT, Nævi post-traumatiques, *Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 10 juillet 1919.

(2) H. GOUGEROT, Nævi tardifs post-infectieux, *Archives de la Clinique de Saint-Louis*, septembre 1930.

Ce délai s'accorde bien avec ceux de la plupart des cas antérieurs observés par le Professeur GUGEROT.

OBSERVATION PERSONNELLE N° 1

NÆVUS PIGMENTAIRE D'APPARITION TARDIVE SUCCÉDANT A UN BOUQUET D'HERPÈS DE LA LÈVRE INFÉRIEURE (1)

par MM. Alexandre CARTEAUD et Jean COETMEUR

Cette observation est intéressante à deux points de vue principaux :

1° Depuis de longues années, le Professeur GUGEROT a attiré l'attention sur l'apparition tardive de certains nævi. Il a insisté sur le fait que nombreux d'entre eux, invisibles à la naissance, ne se montrent qu'à l'âge adulte ou encore à un âge avancé. Les nævi ne sauraient donc être considérés comme des dystrophies immuables, fixes, mais comme des *tumeurs bénignes, évolutives, susceptibles de s'accroître* en surface ou en relief, de se transformer et de récidiver après ablation. Du reste, l'examen minutieux de préparations histologiques, cutanées, prises au hasard, permet assez fréquemment de découvrir des nævi invisibles microscopiquement.

2° *Le déclenchement par une infection (herpès)* : ces nævi microscopiquement latents, peuvent par suite de causes diverses : traumatisme, infections, etc., devenir actifs, augmentant rapidement de volume et appa-

(1) *Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*,
9 février 1950.

raissent alors à l'œil nu. Parmi les causes infectieuses, GOUGEROT et Jean MEYER ont insisté sur la grippe, la fièvre typhoïde, la diphtérie et la tuberculose dans le déclenchement tardif des nævi. Nous n'avons pas personnellement connaissance de nævus succédant à l'herpès et c'est pourquoi nous avons cru intéressant d'en rapporter un cas observé récemment.

Madame L..., âgée de quarante-huit ans, nous consulte en mai 1949 pour une tache noire de la portion gauche de la lèvre inférieure. La lésion est un nævus plan fortement pigmenté, marron foncé, presque noir, ovalaire de 4 mm. de grand axe. Il n'existe pas d'éraillure ni de fissure de la muqueuse sus-jacente et la base du nævus est souple, sans la moindre infiltration. Il n'existe pas d'adénopathie sous-maxillaire ou cervicale. L'intérêt de ce nævus réside dans son mode d'apparition.

Au début de juillet 1948, la patiente a été atteinte d'herpès de la lèvre inférieure; elle nous précise qu'il s'agissait d'un volumineux « bouton de fièvre » que son médecin de famille a reconnu comme étant bien un « bouquet d'herpès », fait de plusieurs vésicules reposant sur une base œdémateuse et rouge. De plus, celui-ci siégeait très exactement à l'emplacement actuel du nævus qui nous intéresse. La malade rattache la survenue de l'herpès à un choc affectif important et récent. Les vésicules se sont du reste rapidement desséchées et disparurent sans laisser de traces. Mais, aux environs du 11 août, la malade s'est découvert un matin, à l'occasion de la toilette, l'existence de la tache noire qui l'a amenée à consulter. Le nævus s'est donc *très rapidement constitué*, à peine un peu plus d'un mois après le début de l'infection herpétique. Il s'est conformé exactement au mode évolutif habituel des nævi infectieux qui apparaissent de quinze à trente jours après l'infection et se constituent en un à six mois.

Depuis août 1948, le nævus n'aurait pas augmenté de taille ni de couleur. La malade ayant toutefois la mauvaise habitude de le mordiller ou même de le percer avec une aiguille, son médecin de famille lui a conseillé, avec juste raison, de nous consulter en vue de destruction.

Partageant entièrement cette conduite thérapeutique, nous l'avons fait électro-coaguler par M. GIRAUDEAU, en passant largement sous sa surface suivant la technique dite « en berceau ».

Signalons que la patiente est en parfait état général, sans antécédents familiaux ou personnels particuliers. Elle n'est pas encore ménopausée. Très brune de peau et de chevelure, elle n'est porteuse d'aucun autre nævus sur le reste du corps si l'on exclut quelques éphélides des deux avant-bras.

CERTAINS NÆVI RÉGRESSENT ET DISPARAISSENT SPONTANÉMENT

Si le fait est loin d'être rare pour les angiomes plans, la régression spontanée des nævi pigmentaires proprement dits est beaucoup plus rare. GOUGEROT en a rapporté un cas au sourcil chez une fillette de dix ans.

CARTEAUD a également observé la disparition d'un nævus plan moyennement pigmenté, de la grosseur d'une petite lentille et siégeant sur la partie médiane de la lèvre supérieure d'un homme de trente-deux ans.

UN NÆVUS PEUT ÉGALEMENT SE TRANSFORMER EN UN AUTRE NÆVUS

GOUGEROT a rapporté un cas de nævus angiomateux se substituant à un nævus pigmentaire (1).

Un cas comparable fut encore rapporté par GOUGEROT et CARTEAUD; il s'agissait d'une maladie de SUTTON chez qui les observateurs assistèrent à la régression du nævus pigmentaire pendant l'accroissement de l'achromie (2).

(1) GOUGEROT, *Société de Dermatologie*, 7 juillet 1932, n° 7, p. 1191.

(2) GOUGEROT et CARTEAUD, *Société de Dermatologie*, 12 juillet 1934, n° 7, p. 1526.

LES NÆVI SONT SUSCEPTIBLES DE S'ACCROITRE
EN SURFACE ET EN RELIEF

Parfois sans cause connue, mais plus souvent après irritations diverses, un nævus jusqu'alors stationnaire, augmente plus ou moins rapidement suivant les cas, soit en surface, soit en relief, soit en étendue et en volume à la fois.

Les nævi pigmentaires plans (café au lait ou brun foncé) s'étendent fréquemment en surface sans prendre obligatoirement du relief.

Des petits nævi brunâtres du cuir chevelu peuvent doubler de surface et de volume en quelques mois, voire en quelques semaines. D'autres, jusque-là absolument plans, deviennent saillants.

Il y a enfin des cas suspects, en voici un exemple :

OBSERVATION PERSONNELLE N° 2

Le 17 octobre 1950, consulte dans le service du Professeur GUGEROT, Mlle Jeannine D. L..., pour une tache bleuâtre, d'apparition récente au niveau de la hanche droite.

Agée de douze ans, pèse 43 kg., yeux gris-vert, cheveux blonds, teint clair.

Travaille bien en classe.

Les parents sont bien portants et ont une autre fille âgée de dix-huit ans.

Le père, interrogé, ne nous signale pas une particulière fréquence des nævi dans la famille; à signaler toutefois que cette fillette a été traitée, il y a un an, à la Fondation Curie, par radiothérapie, pour un petit angiome du creux sus-claviculaire gauche.

Au début de janvier 1950, la malade voit apparaître une petite tache bleue sur la face externe de la hanche droite. Depuis cette date, la *lésion a doublé de volume*.

Nous voyons sur la hanche droite une tache arrondie intensément pigmentée, bleu-bleuâtre.

Dimension : 5 mm. de diamètre.

En regard de la lésion, le tégument superficiel n'est pas modifié. Ni fissures, ni suintement, ni desquamation.

La tache présente un léger relief — le doigt bute à son contact.

A l'examen à la loupe, la pigmentation n'atteint pas les couches superficielles de l'épiderme : elle est vue en transparence.

Prédominante au centre de la lésion, elle ne disparaît pas à la vitropression.

La palpation douce, prudente, révèle une consistance ferme nucléaire. Ni élasticité, ni rénitence. On repère un petit ganglion inguinal droit.

On note de plus :

- au visage : quelques éléments d'acné ;
- sur le dos : deux nævi pigmentaires plans, l'un en regard de l'omoplate droite, le second interscapulaire, sur un même plan horizontal.

Le 19 octobre 1950 :

La lésion est largement électrocoagulée (Docteur GIRAudeau).
Nous regrettons vivement qu'il n'y ait pas eu d'examen histologique.

Le 9 novembre 1950 :

La malade revient à la consultation. Pas de modifications des microadénopathies de l'aîne. Très bon état local.

Cliniquement, il s'agissait d'un nævus bleu, variété de nævus mélanique, décrite en 1906 par Max TIECHE dans le service de JADASSOHN. Taches d'un bleu ardoisé, bien limitées, généralement lenticulaires qu'on rencontre isolées à la face, sur les membres ou sur le tronc.

Leur coloration particulière tient à la situation profonde du pigment qui est compris dans des cellules conjonctives mélanogènes du chorion. Ces nævi bleus peu-

vent donner naissance, assez rarement il est vrai, au véritable mélanosarcome mésentymateux de DARIER.

Nous nous demandons d'ailleurs si ce n'est pas pour de semblables lésions que Georges PACK propose le terme de « *mélanome prépubertaire* ».

L'auteur désigne sous ce vocable un nævus pigmentaire intensément pigmenté, bleu, bleuâtre, voire bleu-noir, doux au toucher, bien limité. Il se voit chez des enfants et surtout à l'approche de la puberté. Ce qui fait son intérêt, c'est que :

1° cliniquement : il offre une étroite ressemblance avec un mélanome suspect de dégénérescence;

2° histologiquement : il dérouté l'anatomo-pathologiste qui hésite parfois entre néoplasme bénin ou néoplasme malin;

3° au point de vue évolutif : il ne se comporte pas comme un mélanome malin de l'adulte, il reste bénin.

Se basant sur neuf cents observations de mélanomes malins, l'auteur n'a jamais vu de semblables lésions entraîner des métastases ganglionnaires et pourtant beaucoup d'entre eux avaient été étiquetés mélanomes malins par des histologistes très compétents. A telle enseigne que ces derniers retiennent à présent l'âge du sujet et s'il existe ou non des signes d'une puberté commençante. L'activité hormonale particulière à cette étape de la vie jouerait un rôle primordial dans la genèse de la lésion.

Georges PACK attribue volontiers un rôle aux glandes génitales, au cortex surrénal et peut-être à la *pars intermedia* de l'hypophyse, dans la genèse des mélanomes malins.

A cet égard, un fait biologique tout à fait singulier fut rapporté en 1936 par ASTWOOD et GESCHICKTER : chez un poisson, le *Phoxinus phoxinus*, la coloration nuptiale du mâle teintant de rouge cramoisi l'abdomen et une partie de la tête, pouvait apparaître — en

dehors de la période de reproduction — soit par les extraits hypophysaires, soit par le sang d'un malade atteint de mélanosarcome, et ceci à l'exclusion de toute autre substance organique ou pharmacodynamique, notamment de l'yohimbine qui donne la réaction chromatophore chez d'autres poissons voisins.

LA TRANSFORMATION MALIGNE EST TOUJOURS POSSIBLE
POUR CERTAINS NÆVI

Si les histologistes réservent la dénomination de nævi aux lésions cutanées et muqueuses congénitales, d'extension plus ou moins tardive et dans lesquelles il existe des cellules dites cellules de UNNA-DARIER — seuls ces « nævi cellulaires » étant susceptibles de dégénérer —, les cliniciens considèrent comme nævi quantités de lésions et n'exigent pas qu'elles contiennent les cellules précitées. Ces « nævi cliniques » résident dans l'hyperplasie d'un ou de plusieurs éléments de la peau normale.

On peut ainsi distinguer des nævi vasculaires, cornés, verruqueux, à comédons, lipomateux, etc., qui ne dégénèrent qu'exceptionnellement.

Parmi les nævi mélaniques, on admet que ce sont les plus pigmentés qui sont les plus enclins à se cancériser. En réalité, il existe des nævi dits « intra-épidermiques » contenant de la mélanine, de coloration presque noire, qui ne dégénèrent jamais, car ils se sont développés par la multiplication de cellules normales sans la participation et la présence de cellules næviques.

Ces nævi intra-épidermiques se séparent complètement des nævi dermo-épidermiques et des nævi de jonction faits de cellules næviques.

Cliniquement, un nævus pigmentaire :

- qui grossit en volume ou en surface;
- fonce en couleur;

- s'entoure d'une auréole érythémateuse;
- devient prurigineux;
- saigne et se fissure;

ou, sans se modifier lui-même, coexiste avec l'apparition insidieuse d'une adénopathie dans le territoire ganglionnaire tributaire; qu'il présente une seule de ces modifications, ou plusieurs associées, un tel nævus devient suspect et doit être largement électro-coagulé.

C'est souvent sous l'influence :

— d'irritations, même minimes (rasoir, ceinture, bretelles, etc.);

— ou de traitements intempestifs (cautérisation au nitrate d'argent);

qu'un nævus mélanique avise d'une transformation maligne.

En pratique, on peut distinguer trois faits différents :

- 1° soit un nævo-carcinome *apparaissant d'emblée*;
- 2° soit un nævo-carcinome *apparaissant sur nævus*;
- 3° soit un nævo-carcinome *provoqué*.

Voici une observation où un frottement répété par ceinture abdominale semble avoir joué un rôle déclenchant.

OBSERVATION PERSONNELLE N° 3

(Malade n° 153.078)

Le 5 décembre 1949, consulte dans le service du Professeur GOUGEROT, Madame D..., âgée de soixante-six ans, sans profession, qui nous déclare présenter depuis la naissance un « grain de beauté saillant » au niveau du pli inguinal droit.

La malade déclare en outre avoir porté une ceinture abdominale pour prose gastrique il y a quelques années. Le bord inférieur de cette ceinture, nous avoue-t-elle, frottait le nævus.

Ce nævus tubéreux a toujours été indolore, fixe dans ses dimensions, environ 1,5 cm. de diamètre.

Mais, il y a trois ans, la malade voit apparaître une pigmentation noire, diffusant progressivement autour de la lésion initiale.

Enfin, il y a environ quinze jours, est tombée une croûte protectrice, mettant à nu la partie centrale de la lésion qui apparaît rouge, sanguinolente.

A l'examen :

La lésion est grossièrement rectangulaire (4 cm. $\times$ 2,5 cm.). Elle occupe le milieu du pli inguinal droit et présente deux parties distinctes :

- a) *une partie centrale*, tumorale, avec un relief d'environ 1,5 cm., longue de 2,5 cm., large de 1,5 cm. Sa surface est rouge vif, humide, saignant facilement en nappe au moindre contact. Cette partie isolée en imposerait pour un botriomycome, toutefois au voisinage immédiat du centre en dos d'âne, sont implantés quatre points noirs, équidistants et gros comme une tête d'épingle. Les bords, non décollés, sont presque verticaux sur un mm. et se confondent rapidement dans la surface voisine;
- b) *une partie périphérique*, moins élevée que la partie centrale, présente une intense pigmentation encre de Chine. Limitée par un bord festonné, cette deuxième partie circonscrit largement la première, sauf dans sa région inféro-interne où elle se limite à une étroite bande noire.

Son aspect est uniforme, noir, sans fissure, sans desquamation, enfin du dedans en dehors elle regagne en pente douce le plan des téguments sains.

Il n'y a pas d'adhérence en profondeur.

Pas d'adénopathie cliniquement décelable.

Examen général négatif. Tension artérielle : 16-10.

Le même jour, est pratiqué un cyrodiagnostic dans le service du Docteur TZANCK.

Un premier examen parle d'une juxtaposition éventuelle d'un épithélioma et d'un nævocarcinome au début.

Un deuxième examen affirme d'une façon absolue un nævo-carcinome.

Le 7 décembre 1949 :

La malade est opérée par Jean MEYER.

Anesthésie locale : novocaïne.

Electro-coagulation large en berceau.

Deux biopsies sont pratiquées en cours d'intervention :

— l'une sur la partie centrale, néoplasique;

— l'autre sur la partie périphérique, noirâtre.

HISTOLOGIE (Docteur DUPERRAT).

1° Mélanose en plaques extensives superficielles à propagation épidermique.

2° Nævocarcinome plongeant dans la profondeur.

Un an plus tard, nous revoyons la malade.

Le 15 novembre 1950 :

Madame D... présente à nouveau un mélanome de 1 cm., apparu à 2 cm. de l'extrémité interne de la cicatrice opératoire.

Une électro-coagulation-biopsie est immédiatement pratiquée.

HISTOLOGIE.

Mélanome superficiel à aspect inflammatoire ne paraissant pas dégénéré.

Au chapitre des formes évolutives des nævo-carcinomes, nous rapportons également une saisissante observation où, quinze jours après le traumatisme, survint la dégénérescence maligne d'un nævus datant de l'enfance.

Un nævus préexistant est souvent retrouvé chez le malade. DRIVER et MAC VICAR (1943), analysant soixante cas de mélanomes malins, rencontrent un nævus préexistant dans 80 % des cas : 41 % de ces nævi préexistants, congénitaux et 38 % acquis. Ces nævi acquis ont eux-mêmes « sommeillé » pendant des périodes variant de huit mois à trente-huit ans avant de subir la dégénérescence maligne.

WEBSTER et STEVENSON (1944) rapportent cent soixante-deux cas de mélanomes malins. Dans 65 % des cas, il trouvent un nævus préexistant. Enfin, selon MOIR (in : *British Journal of Radiology*, juin 1946), les nævi acquis sont plus enclins à subir la dégénérescence maligne que les nævi congénitaux.

Mais il n'est pas toujours aisé d'obtenir des renseignements précis : certains malades ignorent s'ils étaient porteurs d'un nævus pigmentaire (surtout si *nævus* minuscule) avant l'apparition de la tumeur; d'autres ne peuvent préciser si le nævus préexistant était congénital, ou, s'il était acquis, ils ignorent souvent la date — même approximative — de son apparition.

Nous insisterons donc plus particulièrement sur les aspects cliniques des nævo-carcinomes.

ASPECTS CLINIQUES DES NÆVOCARCINOMES

Avec Jean MEYER, nous groupons ceux-ci en cinq tableaux :

1° *Les nævocarcinomes développés sur nævi anciens franchement mélaniques. Trois formes :*

a) papillomateuse;

b) végétante;

c) en pastille.

2° *Le nævocarcinome brun.*

3° *Le nævocarcinome non pigmenté.*

4° *Le nævocarcinome tardif d'allure bâtarde.*

5° *Les formes évolutives.*

LE NÆVOCARCINOME MELANIQUE BANAL

a) FORME PAPILLOMATEUSE.

Il se présente comme un médaillon verruqueux d'un noir d'encre datant de la première enfance, sinon de la naissance. Il s'est accru dans les mêmes proportions que les parties du corps.

Sa surface peut varier d'un grain de mil à un placard de plusieurs centimètres.

Il ne commence à se modifier qu'après des irritations répétées. Est-il besoin d'insister sur les localisations qui prêtent à ces irritations ? Le bouton de

col, la ceinture, les bretelles, l'appui sur le dossier d'un siège, etc.

Tout doucement le mélanome s'étend en surface, il épaisit et peut, par instants, devenir prurigineux.

En résumé, une transformation progressive s'opère. En voici deux exemples :

En 1941 :

Une jeune fille de dix-huit ans présente un nævus pigmentaire du pubis.

Electro-coagulation et biopsie.

HISTOLOGIE.

Pas de dégénérescence.

EVOLUTION.

Mort en 1945, après adénopathie inguinale mélanique confirmée et généralisation.

*
**

Juillet 1950.

Une femme de soixante-dix-sept ans présente un nævus pigmenté verruqueux du dos : 22×15 mm.

Electro-coagulation (Jean MEYER).

HISTOLOGIE (Docteur DUPERRAT).

Thèques næviques dans le derme.

Variations de forme et de taille.

La base de la tumeur est ourlée par un infiltrat inflammatoire.

Nævocarcinome au début.

b) LE MÉLANOME VÉGÉTANT.

Il s'agit souvent d'une *tumeur mélanique exubérante dont le siège au cuir chevelu* serait peut-être plus fréquent qu'en d'autres régions du corps.

Octobre 1947 :

Madame S..., trente-cinq ans, présente une *tumeur végétante* occipitale de plusieurs centimètres de diamètre et surélevée. Adénopathie cervicale.

Electro-coagulation en berceau.

HISTOLOGIE.

Nævocarcinome infecté.

EVOLUTION.

Après l'opération, l'adénopathie inflammatoire du cou a rétro-cédé spontanément. Mais six mois plus tard, en juin 1948, survient une adénopathie carcinomateuse de la nuque opérée par LORTAT-JACOB.

En décembre 1949, la malade, dans un état comateux, est opérée à la Pitié par SICARD (service du Professeur PETIT-DUTAILLIS) pour nævocarcinome frontal non mélanique.

Six mois plus tard : pas de récidence apparente.

*
**

Madame B..., âgée de cinquante-six ans, est vue en décembre 1948 pour un nævus du cuir chevelu *en extension* depuis un mois.

Biopsie en province au bistouri électrique, opérée largement en berceau.

HISTOLOGIE (HEWIT).

Nævus cellulaire pigmentaire *en voie de transformation nævocarcinomateuse*.

L'exérèse passe à grande distance de la lésion en plein tissu musculaire sous-jacent.

L'hypoderme intermédiaire est indemne de toute infiltration néoplasique.

c) LE MÉLANOME EN PASTILLE.

C'est un noyau bleu-noir dermo-hypodermique, dur, massif.

Au palper : pas de modification épidermique, pas de papillomatose, pas de fissures, ni suintement, ni desquamation.

Tantôt le noyau se développe aux dépens d'une tache noire ancienne qui épaisse en profondeur, tantôt le mélanome se montre d'emblée incrusté dans la peau.

Madame B..., soixante-huit ans, présente un mélanome en pastille, évolutif, de la cuisse gauche. Dimensions : environ 8 mm. de diamètre.

Septembre 1948 : électro-coagulation en berceau.

Après l'intervention, on s'aperçoit macroscopiquement que le mélanome a éclaté et éparpillé des petits points noirs en nuage.

L'opération est reprise immédiatement, puis largement.

HISTOLOGIE.

Nævocarcinome.

Six semaines plus tard : exérèse des ganglions de l'aîne.

En janvier 1951 : pas de récurrence apparente.



Une femme âgée de soixante-douze ans, déjà opérée en 1942, en province, d'un nævocarcinome malaire gauche, présentait à la pommette, au ras de la cicatrice opératoire, un noyau épais d'un diamètre de 1 cm., datant d'un an et en cours d'accroissement. Pas d'adénopathie.

Exérèse large et profonde.

Quatorze mois plus tard, apparition d'une adénopathie prétragienne et de névralgies impliquant une métastase vertébrale, puis de noyaux dermiques en grain de plomb au crâne et au thorax.

LE NÆVOCARCINOME BRUN

Les nævocancers se développent plus fréquemment sur les nævi noirs. Il faut toutefois se méfier des nævi bruns lorsqu'ils apparaissent à l'âge adulte.

En 1945 :

Une femme âgée de trente-cinq ans, enceinte de trois mois, voit apparaître sur la jambe gauche une tache pigmentée, fauve, de 2 cm. de diamètre.

Jean MEYER opère sur la demande formelle de la malade.

HISTOLOGIE.

Nævocarcinome typique !

Deux petites taches sont apparues au voisinage de la plaie au cours de sa cicatrisation; elles ont été coagulées.

En janvier 1951, la malade est en bonne santé.

LE NÆVOCARCINOME NON PIGMENTE

Des nævocancers peuvent se développer sur des nævi peu colorés, voire des nævi achromiques, mais lésions contenant des cellules næviques. CARTEAUD, DUPERRAT, Jean MEYER en ont observé, en juin 1946, un exemple tout à fait imprévu.

Il s'agissait en l'occurrence d'une fillette de cinq ans qui présentait une verrucosité de la pommette gauche, d'un diamètre de moins de 1 cm., apparue depuis quelques mois et en cours de croissance. On pensa à un lupus atypique, puis à une verrue : chlorure d'éthyle en jet, coup de curette. La verrucosité vint mais un peu plus difficilement qu'une verrue banale. Elle accrochait manifestement le derme. Fort heureusement, un examen histologique fut pratiqué.

Quand le diagnostic de tumeur nævique fut fait, on réintervint pour une coagulation plus large et plus profonde.

L'enfant a donné de bonnes nouvelles en décembre 1948.

A préciser que l'absence de pigmentation n'est que relative. Tous les faits de passage s'observent entre la tumeur totalement achromique, même histologiquement, la tumeur achromique à l'inspection de la peau

mais qui comporte néanmoins quelques cellules pigmentaires et la tumeur légèrement brune ou auréolée d'un cerne pigmenté.

Ces « mélanomes non mélaniques » des Britanniques peuvent se voir partout. Néanmoins, certaines localisations doivent attirer l'attention.

LA PLANTE DU PIED.

Rappelons à cet égard que le territoire cutané ainsi désigné déborde la plante proprement dite et s'étend jusque sur les bords du pied sur 1 cm. de hauteur environ.

Il faut se méfier des lésions ulcéro-végétantes, anciennes, évoluant interminablement sans tendance à la cicatrisation, peu douloureuses et qui, à la suite d'une intervention sanglante, se généralisent brutalement.

Dans notre statistique des nævocarcinomes, nous avons une observation dramatique où, en l'absence d'un diagnostic précoce, la lésion a pu évoluer vers la généralisation, un an après l'intervention trop tardive.

Le 12 novembre 1949 :

Emile P..., soixante-treize ans, présente une ulcération sous-achilléenne et rétro-calcanéenne au ras du plan du pied gauche.

Dimensions : 25 × 20 mm.

Il y a un an, la lésion est apparue spontanément, simulant une *pyodermite végétante*. Elle a été traitée comme telle depuis le début.

Une radiographie pratiquée ne montre rien au niveau de la plaie, elle révèle en profondeur des calcifications au niveau des tendons d'Achille et du pédieux.

INTERVENTION.

Novocaïne. Curetage superficiel et excision du plan profond par électrocoagulation.

La masse tumorale est sus-aponévrotique.

HISTOLOGIE (DUPERRAT).

Nævocarcinome.

Le 30 novembre 1949 :

Des retouches sont pratiquées par électrocoagulation en berceau au vu du diagnostic de nævocancer.

L'histologie montre à cette date qu'il existe en un point plusieurs noyaux nævocarcinomateux.

Le 7 décembre 1949 :

Le malade est adressé au chirurgien pour exérèse ganglionnaire.

HISTOLOGIE.

Métastase massive de nævocarcinome.

Le 9 décembre 1950 :

Exitus du malade après hospitalisation au pavillon Bazin.

A l'autopsie : présence sur la peau thoracique de petits nodules dont l'un est prélevé.

Poumons : plusieurs nodules durs sont disséminés dans les deux poumons. Un de ces nodules est prélevé.

De plus, l'on prélève une grosse masse paravertébrale droite en arrière du poumon, grosse comme un œuf.

Foie : le parenchyme hépatique est truffé de nodules visibles avant la coupe. Nodules blancs et durs. A la coupe, le foie s'en montre complètement farci. On prélève un nodule.

Surrénales et reins : paraissent normaux.

HISTOLOGIE.

Ganglions : larges métastases de nævocarcinomes. L'aspect des boyaux est très polymorphe. Certains sont tout à fait glanduliformes et simulent un épithélioma cylindrique, mais dans l'ensemble il existe un grand polymorphisme et l'on voit très peu de pigment.

La surrénale semble normale.

Foie : le prélèvement montre une grosse métastase en grande partie nécrosée.

Poumons : présence de métastases.

Quant à la *masse para-vertébrale* : il semble s'agir d'une métastase dans la vertèbre même.

A propos de cette observation, nous rappellerons que la *pyodermite végétante à progression excentrique* ou maladie de HALLOPEAU, présente effectivement deux formes cliniques :

1° une forme généralisée ou atteignant de vastes surfaces;

2° une forme régionale.

Le premier exemple de forme régionale fut apporté par AZUA (de Madrid, 1908).

Elle se caractérise par un *foyer unique* ou par deux ou trois îlots limités, fixes et :

— d'évolution très lente,

— leur *ressemblance* avec des processus locaux spécifiques tels que : épithélioma, tuberculose verruqueuse,

— et par leur *disparition rapide* sous l'influence de *traitements antiseptiques*.

Elle n'est pas toujours de siège folliculaire.

La *localisation élective* se trouve sur la *face dorsale des mains*.

Suivant l'aspect des lésions, on distingue classiquement des variétés :

— pseudo-épithéliomateuses,

— verruqueuses,

— ulcéreuses.

La flore microbienne est diverse et banale.

Il nous apparaît très important ici de souligner que le traitement — contrairement à la forme généralisée — est efficace. Des applications antiseptiques, au besoin aidées par un curetage préalable, en ont facilement raison.

Les bourgeons charnus sont détruits au nitrate d'argent; les lésions baignées ou pansées au permanganate à 1/10.000^e et badigeonnées avec la solution violette de MILIAN.

La guérison rapide par un semblable traitement antiseptique constitue le seul critérium absolu du diagnostic.

LA SERTISSURE UNGUÉALE.

C'est le « Melanotic whitlow » que fît connaître Jonathan HUTCHINSON dans un article du *British Medical Journal* paru en 1886. Ce curieux nævocarcinome, qui prend son départ dans la sertissure unguéale, ressemble en effet à un panaris. « C'est parce qu'il ressemble à un panaris et qu'on le considère comme tel à première vue, que je préfère lui donner ce nom » dit HUTCHINSON.

DUPERRAT l'a étudié sous la même rubrique en 1947. A cette époque, il en comptait une centaine de cas dans la littérature : le plus grand nombre de références sont allemandes et anglo-américaines. La participation française comporte, outre les observations de DERMAGNAY et MONOD (1885), FAGUET (1894), BONNET (1911) et W. DUBREUILH (1914), celles plus récentes de CHAUVENET et DUBREUIL (1927) et GIGNAUX (1936). Adair FRANCK et Georges PACK, qui avaient publié un article important en français dans le *Bulletin pour l'Etude du Cancer* en 1930, ont revu et complété la question dans *Surgery* en 1939.

Sur les deux observations qu'il rapporta en 1947, DUPERRAT note que, dans un cas, *la nature pigmentaire était inapparente et ne fut découverte que par la biopsie.*

En février 1951, nous venons d'observer un nouveau cas de panaris mélanique présenté à la clinique de l'hô-

pital Saint-Louis par le Docteur DUPERRAT et dont voici l'observation :

Mme V..., quarante-quatre ans, a présenté au mois de juillet 1950, sans aucune sorte de traumatisme et sans douleur, une fissuration médiane, longitudinale de l'ongle du pouce droit.

Peu à peu les deux valves unguéales se sont écartées l'une de l'autre et des bourgeons charnus se sont développés. Comme ces bourgeons saignaient au moindre contact, la malade a été adressée par son médecin au Docteur NARDI.

Celui-ci fait un curetage sous-anesthésie locale, l'examen histologique ne montre qu'un tissu de granulations banales. Mais après ce curetage la lésion continue à bourgeonner. Ce qui reste de l'ongle tombe complètement et peu à peu une *coloration brune* apparaît. Quand nous revoyons la malade en février 1951, on observe la lésion suivante :



Madame V..., quarante-quatre ans. Panaris mélanique du pouce droit. Aspect de la lésion le 9 février 1951

(Cliché Maire)

Un macaron bourgeonnant, saignant, de coloration gris-fer, occupe la moitié antérieure du dos de la phalange. La peau située entre le macaron et les plis de l'articulation phalango-phalangienne présente une coloration brun foncé comme si elle avait été badigeonnée au nitrate d'argent.

Il n'y a pas d'adénopathie, pas de gros foie. Les poumons sont normaux. Absence de mélanine dans les urines.

Un cyto-diagnostic a été pratiqué par le Docteur DUPERRAT. Il a montré un très grand nombre de cellules monstreuses à protoplasme « enfumé » de mélanine.

On décide de pratiquer la désarticulation du pouce suivie de radiothérapie des régions ganglionnaires épitrochléennes et axillaires.

Il nous faut souligner que jamais la malade n'avait remarqué de noirceur sous son ongle.

Ainsi certains panaris mélaniques peuvent demeurer achromiques pendant une partie de leur évolution. Il est aussi des formes à pigmentation franche : *le signe du liseré noir à la base de l'ongle a alors une valeur de premier ordre.*

LE CUIR CHEVELU.

Non seulement on peut y voir des tumeurs végétales avec pigment visible, mais aussi *des formes exubérantes achromiques.*

Jean MEYER y a vu une tumeur en chou-fleur atteignant le volume d'une mandarine.

Enfin, il nous faut parler *des tumeurs non pigmentées qui bourgeonnent sur un nævus pigmentaire franc.*

On se trouve en présence de lésions simulant des botriomycomes inflammatoires.

L'histologie révèle s'il s'agit d'un :

— nævocarcinome;

- d'un épithélioma spinocellulaire;
- ou d'un botriomycome sans gravité.

Madame D... consulte à la clinique de l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur de la taille d'une grosse noix au niveau de la tempe.

Cette tumeur pédiculisée a l'aspect d'un *botriomycome*.

Pas d'adénopathie,

Electro-coagulation en berceau.

HISTOLOGIE.

Nævocarcinome !

LE NÆVOCARCINOME TARDIF D'ALLURE BATARDE

Si c'est d'ordinaire dans la seconde moitié de l'existence que surviennent les nævocancers, il arrive également qu'un nævocarcinome se développe à l'âge mûr : sur un placard de kératose sénile s'implante un épithélioma baso-cellulaire à marche lente. Parfois, la mélanose domine sous forme de verrucosités noires et essayées à quelques millimètres de leur bord, de taches sous-épidermiques bleutées. Le centre s'épaissit. Un nævocarcinome s'y développe lentement. Alors que CIVATTE se refuse à différencier cette forme dite d'HUTCHINSON-DUBREUILH, l'école suisse distingue la *phase initiale de dyskératose* non néoplasique et radiosensible (lentigo malin d'HUTCHINSON — mélanose circonscrite pré-cancéreuse de DUBREUILH) et la phase tumorale à laquelle il convient d'opérer : mais ici également tableau clinique et gravité anatomique ne vont pas toujours de pair.

En janvier 1949 :

Madame G..., âgée de soixante-cinq ans, présente une mélanose acquise de l'angle mandibulaire gauche datant de plus de dix ans, avec centre mélanique de plus de 1 cm. de diamètre.

Cliniquement : type classique d'HUTCHINSON-DUBREUILH.
Electro-coagulation (Jean MEYER).

HISTOLOGIE (DUPERRAT).

Surcharge mélanique de l'épiderme avec migration pigmentaire et début d'atrophie dermique. Sclérose des vaisseaux.

Pas de thèques næviques de UNNA.

Mottes mélaniques émigrées dans le derme.

Biopsie faite en trois points.

EVOLUTION.

Cicatrisation ultra-rapide avec chéloïdes rétractiles secondaires.

LES FORMES EVOLUTIVES DE NÆVOCANCER

Ce sont les récidives post-opératoires survenant :

- soit sur place;
- soit au voisinage;
- soit dans un ganglion.

Quand la récidive se fait en pleine cicatrice, il peut s'agir d'une surcharge pigmentaire sans cellules næviques. Donc, surveiller cette pigmentation bleutée sans y toucher. Malheureusement, des récidives s'observent même après traitement correct. Voici un douloureux exemple que nous suivons actuellement au laboratoire du Finsen.

Le 6 septembre 1950 :

Monsieur O..., âgé de soixante-sept ans, exerçant la profession de courtier en assurances, présente un nævocarcinome typique de la face externe du bras droit.

Dimensions : 25 × 15 mm. avec tumeur centrale de 10 mm. en relief.

En août 1950, quinze jours environ auparavant, alors qu'il rendait service à un collègue, M. O... veut ramasser un écrou.

Dans son geste, il est heurté par une tôle qui vient écorcher un nævus pigmentaire datant de l'enfance. Saignement abondant.

La tumeur en relief est apparue par la suite.

Pas d'adénopathie axillaire à cette époque.

Le 6 septembre 1950 :

Electro-coagulation en berceau (Jean MEYER).

Deux artères sont coagulées. Pas de curage axillaire.

HISTOLOGIE (DUPERRAT).

Nævocarcinome.

Le 21 octobre 1950 :

Bonne cicatrice sans ganglions axillaires.

Ce n'est que quelques jours plus tard qu'apparaîtra une adénopathie dans l'aisselle.

Le 9 janvier 1951 :

Le malade revient avec une récurrence manifeste *sur la cicatrice opératoire.*

Masse multilobulée noire de 45 × 50 mm.

De plus, à la face interne du bras, sur le trajet lymphatique qui mène aux ganglions de l'aisselle, des petits noyaux hypodermiques en chapelet.

A ce stade :

— mélanurie;

— et grosse adénopathie axillaire bien visible sur le cliché.

Une radiographie pulmonaire a été pratiquée : elle n'a pas révélé de métastase. La question d'une amputation se posait. C'est dans ce but que Jean MEYER adressa le malade au Docteur JUDET. Mais l'indication opératoire n'a pas été retenue devant les progrès de l'adénopathie axillaire.

Ayant refusé l'hospitalisation, le malade poursuit son activité et s'est soumis à un traitement ambulatoire. Depuis un mois, il reçoit trois fois par semaine une injection intraveineuse de

3 milligrammes de colchicine. On espère ainsi retarder de quelques mois l'évolution fatale.

Aucune métastase viscérale n'est actuellement décelable. Le malade est seulement pâle, amaigri. Les ganglions du groupe mammaire externe subissent un accroissement de volume régulier.



Monsieur O..., soixante-sept ans. Récidive d'un mémo-carcinome de la face externe du bras droit. Aspect des lésions le 31 janvier 1951 : cinq mois après l'intervention. La cicatrice opératoire, en V, est fortement pigmentée. Quantité de noyaux hypodermiques ne sont pas visibles sur le cliché. A noter les progrès de l'adénopathie axillaire. (Service du Professeur GOUGEROT.)

(Cliché Maire)

La récidive post-opératoire peut avoir lieu sur place. Elle se manifeste également au voisinage comme on vient de le voir.

C'est quelquefois même avant l'intervention que de petits noyaux dermiques plus ou moins noirs essaient et grandissent.

Aux ganglions, il est à noter que tous les groupes satellites ne font pas relais : les nævocarcinomes du membre inférieur sautent volontiers les ganglions poplités. Ceux du membre supérieur gagnent l'aisselle, sautant l'épitrochléen.

Par contre, à la tête, Jean MEYER signale que les généens pétragiens, sous-mentaux, ganglions de la nuque, se prennent plutôt que les carotico-jugulaires. Puis l'invasion brûle l'étape des ganglions des groupes suivants et essaime à la peau : apparaissent alors, des noyaux en grains de plomb enchâssés sous le derme et dont la coloration est invisible. Ils sont plus fréquents sous le cuir chevelu, sous la peau du thorax et surtout à la base des seins.

Enfin, des *phénomènes douloureux* peuvent traduire une atteinte para-vertébrale, alors même que la radiographie ne montre pas de lésions osseuses.

L'évolution traîne environ deux ans jusqu'à l'envahissement du foie, des poumons, la cachexie terminale.

Parmi les interventions pratiquées au laboratoire du Finsen depuis plusieurs années, voici trois cas à titre de schémas évolutifs possibles.

1) *Le 22 octobre 1941 :*

M. Z..., âgé de cinquante-neuf ans, présente au bras une *récidive* de nævocarcinome opéré au bistouri électrique en octobre 1940.

Electro-coagulation en berceau.

HISTOLOGIE.

Nævocarcinome achromique très proliférant.

EVOLUTION.

Un an plus tard, en 1942, le malade meurt à l'hôpital Broussais par généralisation après avoir reçu un traitement radiothérapique.

*
**

2) *Le 30 avril 1942 :*

Mlle J..., âgée de vingt-sept ans, consulte à l'hôpital Saint-Louis pour un *nævus pigmenté pubien*.

Electrocoagulation en berceau.

Ligature d'une artériole.

HISTOLOGIE.

Volumineux *nævus* pigmentaire avec réaction plasmocytaire (donc en croissance).

EVOLUTION.

Trois ans plus tard, le 1^{er} mars 1945, la malade est réopérée à Villejuif. Le chirurgien entreprend un curetage au bistouri électrique avec large électro-coagulation et résection de la veine fémorale. Tout ceci sans grand espoir ! On craint l'atteinte des ganglions rétro-cruraux.

HISTOLOGIE.

Nævocarcinome ganglionnaire.

Généralisation peu après dans la même année.

*
**

3) *Le 22 octobre 1940 :*

Madame D..., âgée de soixante-six ans, présente un *nævocarcinome* de la fesse (dimensions 6 à 7 cm.) comprenant deux grosses tumeurs mélaniques dont l'une suppurée. Il existe une cicatrice d'environ 3 cm. de diamètre résultant d'une résection au bistouri en 1923, suivie d'une guérison apparente jusqu'en septembre 1937. Adénopathie inguinale gauche faite de petits ganglions.

Electro-coagulation en berceau.

HISTOLOGIE.

Nævocancer.

En 1946, la malade fait savoir qu'elle est en bonne santé.

Mais le 18 février 1948, elle revient à la clinique de l'hôpital Saint-Louis pour :

- une *récidive fessière* immédiatement opérée;
 - *cytodiagnostic* (Docteur TZANCK) : nævocarcinome typique;
 - histologie (DUPERRAT) : myélo-réticulo-sarcome.
-

LE DIAGNOSTIC DU NÆVOCARCINOME

Comme le montre l'étude des différentes manifestations du mélanome malin, le diagnostic clinique est souvent fort délicat, voire impossible, et cependant le nævocancer doit être soupçonné cliniquement. C'est en effet sur ce soupçon qu'est fondé le traitement et non sur la biopsie.

Lorsqu'un nævus se modifie, devient suspect, il peut s'agir :

— d'un nævus banal, non néoplasique, sans réaction inflammatoire;

— d'un nævocancer authentique;

— d'un nævus, non néoplasique, mais avec réaction inflammatoire que des histologistes, comme DUPERRAT, considèrent comme le premier signe d'une transformation maligne.

Enfin, lorsqu'un nævus se modifie objectivement et que l'examen histologique le déclare banal et sans aucun signe d'orientation, cela signifie que la coupe a été prise sur une zone au repos histologique et n'infirmes donc pas le diagnostic.

Mais il peut aussi s'agir d'un épithélioma banal, spino ou baso-cellulaire sur nævus, d'une tumeur inflammatoire (botriomycome) ou d'une kératose non néoplasique.

Enfin, en présence d'une *tumeur mélanique*, outre le nævocarcinome, il peut s'agir d'un épithélioma pig-

menté, généralement baso-cellulaire, d'un kératome ou papillome pigmenté, non néoplasique ou d'un nævus tardif sans signe d'inflammation ou de dégénérescence.

Parfois enfin, l'apparition tardive d'une adénopathie ou de noyaux cutanés, d'une néoplasie hépatique ou vertébrale des mois ou des années après une intervention portant sur une tumeur cutanée, permettent le diagnostic rétrospectif de nævocarcinome. L'histologie vient éclairer l'histoire du malade.

Des observations, que nous a communiquées le Docteur Jean MEYER et celles que nous avons nous-même relevées parmi les nombreuses interventions pratiquées au laboratoire du Finsen depuis plusieurs années, illustrent bien ces faits. Nous n'en citerons que quelques-unes.

Madame V..., quarante-cinq ans.

Nævus pigmenté du *visage* en extension. 15 mm. de diamètre.

Histologie : électro-coagulation (Jean MEYER).

Le 8 septembre 1949 : centre du fragment occupé par du tissu nævique bénin. Pas de mitoses. Pas d'inflammation. Prélèvement large.

Au total : *mélanome bénin largement enlevé.*

*
**

Monsieur C. R..., quarante ans.

Novembre 1950 : nævus pigmenté de 5×10 mm., en évolution, du dos de la main droite.

Electro-coagulation.

Histologie (HEWIT) : *mélanome conjonctif bénin.*

*
**

Madame C...

Septembre 1949 : nævus mélanique du talon. Quelques millimètres de diamètre.

Electro-coagulation.

Histologie (DUPERRAT) : nævus mélanique non dégénéré.

*
**

Madame M..., soixante-quatorze ans.

Vue en mai 1950 pour un nævus mélanique tubéreux *lombaire* gauche, en extension. Dimensions : 4 × 4 cm.

Electro-coagulation en berceau.

Histologie (DUPERRAT) : *nævocarcinome mélanique*.

*
**

Madame D..., soixante-trois ans.

Vue en septembre 1950. Tumeur kératosique brun foncé du dos. 15 mm. de diamètre.

Electro-coagulation.

Histologie : deux *épithéliomas nævoïdes* (ces lésions sont très peu malignes — pronostic excellent).

*
**

Monsieur X..., soixante-deux ans.

Vu en juin 1949.

Nævus verruqueux du cuir chevelu hyperpigmenté : 4,4 × 25 mm.

Electro-coagulation.

Histologie (DUPERRAT) : *épithélioma næviforme des auteurs américains* (épithélioma pilaire pigmentaire). Bon pronostic.

A signaler que ce malade a été opéré d'une tumeur du sein en 1942.

*
**

Madame X..., soixante-cinq ans.

Elle présentait au *flanc gauche* une petite tumeur mélanique

évoluant depuis quelques mois. Diamètre : 6 à 8 mm.

Electro-coagulation en berceau.

Histologie (DUPERRAT) : épithélioma nævoïde mélanique (bon pronostic).

*
**

Madame R..., cinquante-cinq ans.

Placard pigmenté *lombaire* irrité par la ceinture et en voie d'épaississement et d'extension. Diamètre : 3 cm.

Histologie (DUPERRAT) : hypercanthose verruqueuse. Pas de thèques næviques. Basale intacte. Mélanine abondante dans le derme superficiel.

Au total : *épithélioma nævoïde pigmenté*.

*
**

Madame C..., quatre-vingt-trois ans.

Vue en novembre 1948.

Tumeur mélanique sessile de 30 mm. de diamètre siégeant à l'omoplate gauche et en extension.

Histologie (DUPERRAT) : *basaliome* (pronostic favorable).

*
**

Mlle N..., vingt-huit ans.

Nævus pigmenté extensif *du sein*, en léger relief. 15 mm. de diamètre.

Electro-coagulation.

Histologie (DUPERRAT) :

Le 22 décembre 1950 : papillome purement épithélial — globes cornés — pas de thèques de UNNA.

Au total : *nævus papillomateux verruqueux en voie de transformation spino-cellulaire*.

Ces observations montrent bien l'importance du diagnostic histologique de nævocarcinome.

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DU NÆVOCARCINOME

Le prélèvement se fait en pratique au cours d'une électro-coagulation en passant au-dessous du fragment à prélever.

L'examen sert ainsi à contrôler le diagnostic et à porter un pronostic post-opératoire.

On peut toutefois utiliser une méthode de diagnostic extemporané : il suffit de prélever un fragment au bistouri, d'électrocoaguler instantanément la blessure, examiner ensuite :

— soit à l'ultropack;

— soit par simple frottis selon la technique de TZANCK et continuer l'opération d'après le résultat de cet examen.

Le diagnostic de nævocarcinome se fonde sur les cellules mélaniques à noyau monstrueux. On ne peut trop demander au cyto-diagnostic. Il n'a de valeur que s'il est positif.

Dans la majorité des cas, il apporte néanmoins la notion d'une tumeur hautement maligne, impliquant la grande vraisemblance d'un nævocancer.

De toutes façons, la coupe histologique reste indispensable : DUPERRAT nous a enseigné les faits essentiels suivants :

On voit dans l'épiderme et dans le derme des « thèques de UNNA ». Ce sont des amas, des nids cellulaires distincts, compacts, arrondis, faits de cellules næviques tassées.

L'abondance du pigment est variable.

Ces thèques impliquent le nævus : la transformation maligne se reconnaît parfois aux monstruosité cellulaires, mais il ne faut pas compter là-dessus. (Il

est très rare de voir des mitoses dans les cellules næviques : elles prolifèrent par amitose; le noyau se casse en deux.)

On reconnaît plutôt la malignité à :

la densité des thèques, avec limitation irrégulière des contours de la tumeur;

la dissémination mono-cellulaire de cellules næviques avec embolies dans les lymphatiques.

au *polymorphisme cellulaire* : alors que les nævi au repos sont composés de cellules homogènes, les nævi en évolution comportent des plages de cellules cubiques, polyédriques, de cellules *fusiformes* disposées en tourbillons, d'aspect en rosette, dits « pseudo-endocriniens ».

Enfin la présence *d'une réaction inflammatoire irritative* à la périphérie de la tumeur.

COMMENT TRAITER UN NÆVOCARCINOME PROBABLE ?

L'Ecole française admet que le seul traitement qui dégage la responsabilité de l'opérateur est *l'électro-coagulation* (ou l'électrolyse) débordant largement la tumeur en surface et en profondeur.

On emploie un poste diathermique (ondes longues ou ondes courtes, indifféremment) coagulant fortement, coupant à peine. On excise largement sous la lésion. Ainsi la recueille-t-on tout entière, intacte, ce qui permet de l'étudier dans son ensemble.

Quand le nævocarcinome est peu étendu et surtout peu épais, on peut faire une simple électro-coagulation, mais Jean MEYER recommande alors de contrôler au grattage par curette que toute la substance mélanique a été détruite : intervention surtout indiquée pour limiter les dégâts inesthétiques dans la région faciale.

L'anesthésie doit être excellente. ROUSSY et ses collaborateurs (de l'Institut du Cancer) recommandaient une solution de dunacaïne à 10 % : ainsi en injecte-t-on une petite quantité, ce qui évite de faire « bouillir » les tissus. A l'hôpital Saint-Louis, Jean MEYER a recours à la novocaïne adrénalinée : on pique de façon à ne pas engager l'aiguille dans le nævus : infiltration périphérique et sous-tumorale très profonde. L'anesthésie doit donc s'étendre sur plus de 1 cm. en dehors du tracé d'incision.

D'autres traitements sont pratiqués :

Les Anglo-Saxons opèrent au bistouri mais très largement. L'excision comporte généralement le curage ganglionnaire et, si la plaie est importante, on emploie des greffes cutanées.

Jadis, on employait le thermocautère.

La radiothérapie donne quelques succès, mais bien moins que l'électro-chirurgie. Signalons toutefois que COSTE, de Lyon, rapporta en 1932 une technique comportant l'administration d'une dose massive en une seule fois, technique à laquelle on ne doit pas hésiter à recourir dans un cas inopérable.

En cas de tumeur étendue, l'*amputation* peut s'imposer : plus de cinquante désarticulations du membre inférieur ont été exécutées dans ces dernières années au Memorial Hospital, pour des mélanomes malins, il n'y eut pas un seul décès opératoire rapporte Georges PACK. Mais on conçoit bien avec cet auteur que si malade et médecin sont immédiatement d'accord pour une désarticulation coxo-fémorale, lorsqu'il s'agit d'un ostéo-sarcome du fémur, il est plus difficile d'obtenir le consentement du malade lorsqu'il s'agit d'un mélanome de la cheville avec métastases ganglionnaires inguinales.

Il n'en reste pas moins qu'un nævocarcinome opéré correctement et à temps a de très grandes chances de guérison.

Certes, *il arrive encore de voir des généralisations* après des incisions, piqures, blessures accidentelles, pointes de feu même correctes et qui ont détruit en totalité la lésion, et surtout après excision au bistouri électrique avec suture; la suture, estime Jean MEYER, n'est probablement pas en cause, mais l'insuffisante coagulation qui a permis la suture; après excision correcte, la brûlure empêche de suturer.

Dans les suites opératoires, il importe de surveiller la cicatrisation. La plaie est traitée comme une brûlure du troisième degré et pansée aseptiquement. Des éléments mélaniques apparaissant vers le quinzième jour seront coagulés d'urgence à l'aiguille fine; il s'agit de filaments noirs issus de la profondeur et pointant en surface. Ce fait est assez rare et ne comporte aucun risque fâcheux du moment qu'on les a coagulés.

Lorsque l'on constate un point noir, on ne peut d'ailleurs affirmer d'emblée une récurrence ponctuelle, il peut s'agir de petits hématomes, d'escarres, dus au tissu brûlé lors de l'opération; enfin, plus rarement, l'emploi de poudres dites cicatrisantes à base d'aluminium ou de charbon peuvent tatouer en noir.

Alors que la plaie s'est rétractée vers le trentième jour, et que commence l'épidermisation, on peut tenter une séance de *radiothérapie antichéloïdienne*.

Si la nécessité d'une greffe s'imposait, on ne la pratiquera que deux mois après l'électrocoagulation, lorsque l'on est certain d'éviter une récurrence précoce *in situ*. Il n'est pas rare que la cicatrice se repigmente en brun clair, secondairement. Ce sont là des surcharges pigmentaires et non des cellules néviques.

Une récurrence sur la cicatrice est possible, mais tout à fait exceptionnelle.

COMMENT PREVENIR LES RECIDIVES ?

La seule possibilité consiste à curer une aire ganglionnaire. Mais c'est une grosse intervention — faite à l'aîne elle laisse parfois un éléphantiasis définitif —, et qui n'est possible que lorsqu'on peut savoir quel est le groupe à exciser. Pour les membres, on le sait, pour la tête, on l'ignore. Telle tumeur du cuir chevelu se propagera vers la nuque. Telle autre de la région

génienne vers un ganglion prétragien. Il n'eut donc servi à rien de curer les ganglions jugulaires.

En pratique, on doit curer les ganglions quand le nævocarcinome est histologiquement malin. On s'en abstient s'il est relativement peu actif, peu étendu, récent.

On peut ne pratiquer le curage ganglionnaire que deux à six semaines après l'extirpation de la lésion-mère, ainsi laisserait-on à toutes les cellules cancéreuses errantes dans le torrent lymphatique, le temps d'arriver aux filtres qui les arrêtent ! C'est ce que GOUGEROT a appelé le « *piège ganglionnaire* ».

LES NÆVOCARCINOMATOSES SECONDAIRES

Elles sont réopérées avec curage des ganglions satellites si ce n'est déjà fait, mais le pronostic est médiocre.

Lorsque la nouvelle opération est techniquement impossible, on discute l'amputation ou les radiations.

Le succès lointain de l'amputation est douteux. Il semble qu'il y ait des guérisons durables, mais peu. Celui des radiations est également médiocre, mais mieux vaut commencer par là : selon l'étendue et surtout selon la profondeur des lésions, les rayons Roentgen ou le radium sont employés à doses très élevées. Avec les rayons X, on atteint 8.000 ou 10.000 r en séances serrées si la surface est petite, plus étalées, s'il y a davantage de peau saine à ménager.

Contre une *métastase ganglionnaire*, on ne peut lutter que par l'excision large de tout le bloc au bistouri électrique.

Un délai de six à douze mois semble probable avant les premiers signes de généralisation : il est difficile de le préciser.

Lorsque la *généralisation* cutanée, osseuse, viscérale est un fait accompli, aucune thérapeutique locale n'est plus indiquée. On peut alors, trois fois par semaine, injecter 3 milligrammes de colchicine intraveineux. Dans quelques cas, on aurait ainsi bloqué pour plusieurs mois l'extension du processus néoplasique. Rappelons qu'il existe une dizaine d'observations où la généralisation s'est accompagnée de *mélanodermie généralisée*. La dernière en date est celle d'ALBEAUX-FERNET : il s'agissait d'une femme qui, quatre ans après l'électro-coagulation d'un *nævus pigmentaire*, suivie d'une *suture des bords de la plaie*, a présenté un sarcome du foie avec ascite, mélanurie et métastases cutanées. La mélanodermie de teinte métallique était très particulière (1).

Voici, à titre récapitulatif, les résultats obtenus dans le traitement de trente-quatre cas de *nævocarcinome* par chirurgie et radiothérapie diversement combinées. Nous empruntons la statistique de Frank ELLIS, du London Hospital, parue dans l'intéressant article du *British Journal of Radiology* de juin 1946. L'auteur affirme avoir vu des récidives disparaître sous l'influence du traitement radiothérapique et reste convaincu que des lésions de cette nature sont radio-sensibles. MOIR, Margaret TOD, I.-G. WILLIAMS partagent le même avis.

Ils insistent sur les *formes malignes du jeune âge* ; la proportion de survivants après traitement semble augmenter avec l'âge. Ils soulignent la *malignité de certaines localisations* : *nævocarcinome* des extrémités et *nævocarcinome anovulvaire* étant donné la précocité des atteintes ganglionnaires. La *couleur plus foncée* d'un *nævocarcinome* le rend également plus redoutable. Enfin, si l'excision large de la lésion reste la

(1) ALBEAUX-FERNET, *Presse Médicale*, n° 65, octobre 1949.

méthode radicale, surtout chez les jeunes, il y a lieu d'administrer chez les sujets âgés en particulier, des rayons X à dose mutilante. Beaucoup sont en effet radio-sensibles (*to a full carcinoma lethal dose*) la dose forte, tolérable donne, suivant ces auteurs, des résultats encourageants.

STATISTIQUE RAPPORTÉE EN 1946
PAR FRANK ELLIS DU LONDON HOSPITAL
CONCERNANT 34 CAS CONTROLÉS HISTOLOGIQUEMENT

NOMBRE DE CAS	TRAITEMENT	RÉSULTATS
3	Traitement chirurgical correct et 2 radiothérapies post-opératoires.	Bien portants : 8 ans, 8 mois après 8 ans, 6 mois après
	Traitement chirurgical correct et 1 radiothérapie pré-opératoire.	4 ans et 8 mois après
2	Traitement chirurgical inadé- quat. Radiothérapie post-opératoire. Sur lésion initiale et métastases.	Vivants après : 8 ans et 5 mois 10 ans et 2 mois
5	Métastases après traitement chi- rurgical (non contrôlées histo- logiquement) traitement adé- quat :	
	3 cas traités par les radia- tions :	Vivants après : 13 ans et 4 mois 7 ans et 6 mois Mort : 3 ans, 9 mois après
	2 cas traités chirurgicale- ment :	Les deux sont morts en moins d'un an par métastase à dis- tance.

NOMBRE DE CAS	TRAITEMENT	RÉSULTATS
11	Récidives après chirurgie :	
— 3 cas non traités :		Morts en moins de 3 mois
— 8 cas traités (cas avancés) :		Tous morts avec récidives locales et métastases à distance : 4 en 1 an 2 de 1 à 2 ans après 2 de 2 à 3 ans après
2	Chirurgie après radiation (histologie non pratiquée à l'intervention) :	Bien portant 5 ans après
	Chirurgie après radiation. (Histologie de l'orteil amputé révèle un nævocarcinome).	Mort avec métastases hépatiques en : 5 ans et 10 mois
3	Radiations seulement (cas avancés) :	Tous morts en 4 mois
8	Ablation du globe oculaire (mélanome malin de l'œil) :	
— 3 cas : sans extension extra-oculaire :		1 mort en 2 ans (métastases hépatiques)
dont 2 traités par les radiations :		1 mort en 5 ans, 3 mois (hémorragie cérébrale)
dont 1 cas non traité par les radiations :		Bien portant 5 ans après
— 2 cas : avec extension extra-oculaire :		Morts tous les deux dans un délai de 1 an avec métastases.
— 2 cas (ayant été soumis aux radiations — pour récidives :		Mort en 1 an, 10 mois Mort en 2 ans, 2 mois (métastases cérébrales)
— 1 cas : traitement d'une tumeur du limbus (ablation pour récidive avec nécrose) :		Bien portant 7 ans et 8 mois après

MÉLANOMES ET MÉDECINE PRÉVENTIVE

Il est quelque peu exagéré de parler ici de médecine préventive, car si les nævi mélaniques sont innombrables, les nævocancers sont heureusement exceptionnels.

Il n'est donc pas question de détruire tous les nævi mélaniques. Ce qui plus est, il n'est pas certain qu'une intervention ne puisse déclencher un processus malin.

On respectera les nævi stables : ceux qui ont peu de chances de donner lieu à un nævocancer, ceux qui ne sont pas irrités, soumis à des micro-traumatismes, ceux qui sont couleur brun clair et non franchement mélaniques, ceux qui sont trop étendus.

Doivent être détruits :

— ceux qui, du fait de leur siège, sont soumis à des irritations (traumatismes vestimentaires, professionnels, etc.) ;

— ceux qui ont été blessés accidentellement, la transformation maligne, quand elle a lieu dans ces conditions, peut s'établir dans un délai de quinze jours après le traumatisme (cas rapporté dans les pages précédentes), ce qui implique donc une intervention d'urgence ;

— ceux qui se développent, épaississent, deviennent prurigineux ;

— ceux qui donnent des signes de prolifération quelle que soit la couleur du nævus (achromique ou pigmentaire) ;

— ceux enfin qui, du fait de leur siège (visage surtout), engendrent chez l'enfant les complexes des dermatoses inesthétiques. Tel enfant va changer de faciès, d'écriture, d'allure après l'intervention.

Voici deux récentes observations de ces nævi « inesthétiques » parmi des malades du Docteur Jean MEYER :

I et II. — Nævus mélanique, verruqueux, hérissé de longs poils, chez un enfant de sept ans.



I



II

Le traitement est indispensable au point de vue social, la difformité empêchant la fréquentation de l'école.

Première intervention, sous anesthésie générale, dans le service du Docteur LANCE (chirurgie infantile, Saint-Louis), par électrocoagulation. L'intervention a été insuffisante. Sur ces entre-

faites, scarlatine. Deuxième intervention au quinzième jour de la scarlatine, sous couvert de pénicilline.

— Le projet initial comportait une destruction en masse avec greffe vers le vingtième jour.

— La deuxième photo a été prise alors qu'une petite surface centrale n'était pas encore épidermée. La cicatrisation était complète quelques jours plus tard. La greffe s'avère inutile.

— Reste une teinte mélanique franche. Il a été décidé de ne plus rien faire actuellement. Il est certain qu'une nœvo-carcinomatose tardive n'est pas impossible. Le risque devait en être couru.

III et IV. — Grand nœvus plan, mélanique et pileaire, chez un nouveau-né.



III



IV

Le traitement a consisté en une électrocoagulation en damiers par secteurs de 3 à 4 cm² une fois par semaine, sous anesthésie locale à la procaine à 1/2, puis à 1 %. Quatorze interventions. La première à l'âge de trois mois, la deuxième à huit mois.

Comme électrode, la boule (tête d'épingle). Les follicules étant très superficiels à cet âge, il a été possible de détruire le *naevus* sans coagulations profondes, et sans rétraction cicatricielle.

Restent quelques rangées de poils sur les interstices de quelques champs opératoires. La cicatrice d'abord achromique, s'est repigmentée en partie, mais en brun, pas en noir. L'inspection montre une cicatrice beaucoup moins inesthétique que la photo ne laisse penser.

Le risque d'une *naevocarcinomatose* tardive existe, mais il fallait la risquer en présence d'une difformité aussi grave.

MÉLANOMES ET EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES

Un *nævocarcinome* consécutif à un traumatisme peut donner matière à un procès pour accident du travail. Or, il n'est pas toujours possible au malade d'affirmer l'existence d'un *nævus* préalable. L'expert tiendra compte du fait qu'un *nævus* minuscule peut avoir passé totalement inaperçu, et cela d'autant plus qu'il n'aurait pas été pigmenté.

D'autre part, si une *généralisation cancéreuse* après intervention était imputée à l'opérateur, celui-ci se verrait condamné s'il avait eu recours à une méthode d'excision sanglante limitée.

Enfin, il apparaît imprudent de se laisser entraîner à opérer sur le seul désir du malade. Toute opération comporte un risque : on peut considérer que même une technique impeccable, selon nos conceptions actuelles, ne met pas absolument à l'abri d'une éventuelle généralisation cancéreuse.

STATISTIQUE DES NÆVOCARCINOMES

OPÉRES A LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
(HOPITAL SAINT-LOUIS)

A l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Professeur GOUGEROT, nous avons relevé les interventions pratiquées depuis 1934 jusqu'à la fin de 1950.

400 interventions ont porté sur des *mélanomes suspects*, en général nævi mélaniques en extension, l'autre fraction étant représentée par des tumeurs mélaniques cliniquement nævocarcinomateuses.

Sur ces 400 interventions, nous avons relevé :

62 *nævocarcinomes contrôlés histologiquement*. Il est probable que ce chiffre serait manifestement plus élevé si l'on ne s'en tenait pas uniquement aux cas contrôlés par l'histologie.

— Sur ces 62 cas, on note 25 sujets de sexe masculin et 37 de sexe féminin (soit une nette prédominance du sexe féminin que nous avons également retrouvée dans la statistique de MAC DONALD, statistique établie dans l'Etat du Connecticut, U.S.A.).

— L'âge était fort variable, de même que les localisations; aussi avons-nous condensé ces localisations dans un tableau sous quatre désignations :

- tête et cou;
- membres supérieurs;
- tronc et membres inférieurs.

STATISTIQUE DES NÆVOCARCINOMES (CONTROLÉS HISTOLOGIQUEMENT)

Opérés à la clinique des maladies cutanées de l'hôpital Saint-Louis (Professeur H. GOUGEROT) dans le laboratoire du Finsen, depuis 1934 (inclus) jusqu'à 1951, suivant le siège, le sexe et l'âge.

SIÈGE CUTANÉ	Total	Sexe		5 ans		5 à 9 ans		10 à 19 ans		20 à 29 ans		30 à 39 ans		40 à 49 ans		50 à 59 ans		60 à 69 ans		70 et plus		Age non précisé
		Masculin	Féminin	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Tête et cou	16	4	12		1	1	2					2		2	1			3		3		1
Membre supérieur	7	6	1					1				1			1			1	1	1		
Tronc	17	4	13		1					3				1	4	1		1		1		2 3
Membre inférieur	16	8	8		1							1		1	1	1	2	1	4	2		2
Cas où le siège n'est pas précisé	6	3	3					2	1											1		1
Total	62	25	37	2	1	1	4	2	3	3	1	3	7	3	3	3	2	9	4	5	4	5

— C'est à la septième décade d'âge que nous avons relevé le plus de cas :

de 40 à 49 ans : 3 ♂ 7 ♀ = 10 cas

de 50 à 59 ans : 3 ♂ 3 ♀ = 6 «

de 60 à 69 ans : 2 ♂ 9 ♀ = 11 «

Il nous est difficile d'apporter des précisions sur l'évolution de ces cas : des malades gravement atteints ne sont plus revenus à Saint-Louis lorsqu'est apparue la généralisation cancéreuse; d'autres bien portants ont oublié leurs déboires et sont demeurés silencieux. Néanmoins, une enquête à laquelle s'est livré Jean MEYER, enquête portant sur les cas observés depuis 1940, lui a permis d'en retrouver 60 % et de recevoir de bonnes nouvelles de malades graves opérés sans grand espoir en 1941 ou 1942 de tumeurs étendues contrôlées histologiquement.

Comme tout cancer, le nævocarcinome doit être opéré à temps et correctement si l'on veut donner au malade le maximum de chances de guérison.

LES MÉLANOMES MALINS DANS LE CONNECTICUT (U. S. A.)

Eleanor MAC DONALD, du Service de Santé (Section du Cancer) de l'Etat du Connecticut (Hartford) rapporte (in the Biology of Melanomas, New-York, 1948) que dans les douze dernières années, les mélanomes malins atteignirent le chiffre de 0,93 % de tous les cancers.

Dans l'Etat du Connecticut seul, 349 cas ont été enregistrés de 1935 à 1946.

La moyenne annuelle des nævocancers y atteint ainsi, par rapport à la population, le taux de 1,8 pour 100.000 habitants :

- 2 pour 100.000 parmi les femmes;
- 1,6 pour 100.000 parmi les hommes.

Sur 349 cas, 172 fois il s'agissait d'un sujet de sexe masculin, et 177 fois d'un sujet de sexe féminin.

Près de la moitié des hommes et plus d'un tiers des femmes étaient porteurs de métastases lors de leur admission pour traitement.

Plus d'un septième des malades dans les deux sexes firent des métastases après le traitement.

Parmi les hommes, 12,7 % et parmi les femmes, 18,6 % sont vivants, exempts de morbidité cinq à douze ans après le traitement.

Le mélanome malin de l'œil (65 cas sur 349 : 29 ♂ et 36 ♀) représente près d'un cinquième de l'ensemble

des cas rapportés. Dans ce groupe, les moyennes de survie sans morbidité sont de 26,7 % parmi les femmes, de 27,8 % parmi les hommes.

Dans la statistique de MAC DONALD, c'est dans la sixième décade d'âge que les cas sont les plus nombreux.

De 50 à 59 ans : 48 ♂ et 37 ♀

De 40 à 49 ans : 29 ♂ et 20 ♀

De 60 à 69 ans : 27 ♂ et 43 ♀

CONCLUSIONS

I. — Notre observation d'un nævus pigmentaire plan labial apparu très exactement sur l'emplacement d'un bouquet d'herpès, ayant évolué et cicatrisé trente jours auparavant, vient étayer la conception des nævi : néoplasies bénignes, fixées ou susceptibles d'évolution, de transformation.

II. — La transformation maligne d'un nævus mélanique fournit des aspects souvent inattendus ou trompeurs. Nous avons insisté à l'aide de récentes observations, sur la *forme végétante* du nævocarcinome du cuir chevelu, sur la *forme à type de pyodermite végétante* de la plante du pied, sur les *formes achromiques* (non melanotic melanomas des Anglais), en particulier le nævocarcinome de la sertissure unguéale, dont nous rapportons une observation toute récente chez une femme de quarante-quatre ans et le nævocarcinome verruqueux ou faussement lupoïde.

III. — *D'autres formes simulent des botriomycomes inflammatoires* et peuvent faire errer le diagnostic clinique. Diagnostic important, car sur lui se fonde le traitement. Dans le doute, il faut donc traiter dans l'hypothèse d'un nævocarcinome : électro-coagulation large « en berceau » faite à distance et au-dessous du nævus qui n'est donc point détruit.

Ainsi le prélèvement pour l'examen histologique se fait-il au cours de l'intervention qui devient une électro-coagulation-biopsie. La destruction totale (sans exa-

men histologique possible par conséquent) doit être rejetée. L'histologie permet de « faire le point ». Elle donne le diagnostic de la tumeur.

Elle donne un pronostic de malignité.

Elle renseigne sur l'étendue de l'intervention qui doit avoir intéressé largement du tissu sain au delà du nævus.

On ne devrait jamais extirper un mélanome sans en faire l'examen histologique.

IV. — A propos de la *prévention du nævocarcinome* et des *expertises médico-légales* auxquelles il peut donner lieu, il faut signaler qu'à côté des « nævi irritables » qu'il convient de détruire, il en est d'autres qui ont peu de chances de dégénérer. Il peut être imprudent de se laisser entraîner à opérer sur le seul désir du malade.

V. — Entre janvier 1934 et la fin de 1950, nous relevons au laboratoire du Finsen de l'hôpital Saint-Louis, 400 interventions ayant porté sur des mélanomes. Parmi ceux-ci : 62 nævocarcinomes ont été contrôlés histologiquement.

Nous avons réparti ces 62 cas dans un tableau suivant l'âge, le sexe, la localisation.

Dans la septième décade d'âge (de soixante à soixante-neuf ans), nous relevons le plus grand nombre de cas (11 cas).

L'âge pour ces 62 cas varie de cinq à quatre-vingt-quatre ans.

La fréquence est légèrement plus grande chez la femme (37 cas) que chez l'homme (25 cas).

Les localisations ont été très variées.

Nous retenons comme signes de particulière malignité : *les formes du jeune âge, les localisations aux extrémités, la localisation ano-vulvaire, la couleur plus foncée de la lésion.*

VI. — Fort heureusement le nœvocarcinome est rare (MAC DONALD estime sa fréquence à 1 % de tous les cancers). Néanmoins, il reste le plus dangereux de tous les cancers accessibles.

Il peut apparaître :

- soit d'emblée;
- soit sur un nœvus préexistant;
- soit après un traumatisme.

Provoqué, il peut succéder à un nœvus irrité dans un délai de quinze jours, comme le montre une de nos observations.

La généralisation peut survenir deux mois plus tard.

Enfin, des récidives ganglionnaires ou autres après opérations correctes peuvent survenir dans un délai difficile à préciser. Nous retenons celui de six à douze mois. De plus, la proportion des récidives semble baisser à mesure que l'on s'éloigne de la limite extrême de ce délai.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
GOUGEROT

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ALBEAUX-FERNET. — Un cas de tumeur mélanique du foie avec mélanodermie généralisée. (*Presse Médicale*, 22 octobre 1949.)
- ASTWOOD (E.-B.) et GESCHICKTER. — Réponse pigmentaire du *Phoxinus laevis* : effet sur lui du sang d'un porteur de mélanosarcome. (*The Am. Journ. of Cancer*, 1936, 27, 493.)
- BROCQ. — Traité élémentaire de dermatologie pratique, 1907.
- BRUNO-BLOCH. — De l'importance de la pigmentation pour l'étude des tumeurs mélaniques. (*II^e Congrès de Derm. Syphil. de Langue Française*, 1922.)
- CARTEAUD (A.). — Modalités évolutives des nævi. (*Journal des Praticiens*, 1^{er} juin 1950.)
- DARIER. — Mélanome malin mésenchymateux. (*Bull. Fr. et Cancer*, mai 1935.)
- DARIER, SABOURAUD, etc. — Nouvelle pratique dermatologique, t. 6.
- DIXON. — Sarcome mélanique avec extrême mélanose. (*Arch. Derm. Syphil.*, octobre 1939.)
- DUPERRAT et CINTRAT. — Panaris mélaniques. (*Annales de Derm. Syphil.*, juillet 1949.)
- GOUGEROT (H.). — Conception des nævi. (*Revue Française de Derm. Vénér.*, février 1925, n^o 2.)

- HALKIN (H.). — Les épithéliomas développés sur nævi pigmentaires et les épithéliomas pigmentés. (*Paris Médical*, 20 mars 1937.)
- LIEBMANN. — Monocytose avec monocytes mélanifères, lors d'une mélanomatose généralisée. (*Schw. Med. Woch.*, 1929.)
- MASSON. — Anatomie pathologique des nævocarcinomes. (II^e Congrès de Derm. Syph. de Langue Française, 1922.)
- Les nævi pigmentaires, tumeurs nerveuses. (*Ann d'Anat. Pathol.*, 1926.)
- MEYER (J.). — Physiologie normale et pathologique du pigment cutané. (*Paris Médical*, n° 8, 1934.)
- MEYER (J.) et WEISSENBAACH (C.). — Les nævocarcinomes en pratique médicale. (*Concours Médical*, 5 mars 1949.)
- MOIR, TOD (Margaret), ELLIS (Frank). — Symposium malignant melanomata. (*British Journal of Radiology*, juin 1946.)
- NATHAN (M.). — La mélanine et les tumeurs mélaniques de la peau. (*Ann. Anat. Path.*, 1927, 537.)
- PACK (G.) et MAC DONALD. — The biology of melanomas. Special publications of the New-York Acad. of Sciences, 1948.
- PAUTRIER et WORINGER. — Nævi pigmentaires multiples. (*Bull. de la Soc. Franç. de Derm.*, r. s., 1933.)
- ROUSSY (G.). — Les tumeurs noires de la peau. (*Presse Médicale*, 1935, n° 92.)
- ROUSSY (G.), etc. — Le traitement du cancer de la peau. Paris, 1943.
- TOURAINE. — Les épithéliomas pigmentés de la peau. (*Ann. Derm. Syph.*, Paris, septembre 1935.)

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Aspects cliniques des nævi mélaniques	13
Sur la nature des cellules d'origine du mélanome	17
Fréquence des nævi mélaniques et mélanomes	19
Modalités évolutives des nævi mélaniques	21
Aspects cliniques des nævocarcinomes	33
Le nævocarcinome mélanique banal	33
<i>forme papillomateuse, 33 — forme végétante,</i>	
<i>34 — forme en pastille, 35</i>	
Le nævocarcinome brun	36
Le nævocarcinome non pigmenté	37
<i>de la plante du pied, 38 — à la sertissure</i>	
<i>unguéale : panaris mélanique, 41 — au cuir</i>	
<i>chevelu, 43</i>	
Le nævocarcinome tardif d'allure bâtarde	44
Les formes évolutives du nævocancer	45
Le diagnostic du nævocarcinome	51
Diagnostic histologique du nævocarcinome	55
Traitement d'un nævocarcinome probable	57
Mélanomes et médecine préventive	65
Mélanomes et expertises médico-légales	69
Statistique des nævocarcinomes opérés à la clinique des Mala-	
dies cutanées de l'Hôpital Saint-Louis	71
Les mélanomes malins dans le Connecticut (U.S.A.)	75
Conclusions	77
Bibliographie	81

